

Imię i nazwisko Dziecka.....

Data wypełnienia ankiety.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie.....

WSTĘPNY WYWIAD

prorowadzony w dniu wizyty
w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej nr 13
w ramach profilaktyki rozprzestrzeniania się COVID-19

1. Czy dziecko, opiekunowie i/lub inni domownicy w ciągu ostatnich 10 dni mieli kontakt z osobą zakażoną SARS-COV-2 lub chorą na COVID-19 lub przebywającą na kwarantannie z powodu zakażenia SARS-COV-2?

TAK	NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 10 dni u dziecka, opiekunów lub domowników wystąpiły objawy ostrej infekcji (gorączka lub kaszel lub duszność lub biegunka lub zapalenie spojówek lub brak smaku czy węchu)?
(w przypadku zapalenia spojówek należy wyjaśnić czy nie jest to objaw alergii co roku występujący w danym okresie)

TAK	NIE

podpis_____

Zobowiązuje się poinformować Poradnię, jeśli w ciągu kolejnych 10 dni od daty wizyty u dziecka, opiekunów lub innych domowników wynik testu na COVID-19 okaże się być pozytywny.

podpis_____